UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

ANNÉE 1976

N° No 43

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Marc JAUBERT
né le 30 Avril 1948 à NEUILLY

---

présentée et soutenue publiquement le 1976

ÉTUDE
de la RÉPARTITION des URGENCES CHIRURGICALES à l'HOPITAL SAINT-DENIS PENDANT l'ANNÉE 1974.

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur B. DUHAMEL

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548114_0024

UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

ANNÉE 1976 N°.....

THÈSE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Marc JAUBERT
né le 30 Avril 1948 à NEUILLY

présentée et soutenue publiquement le *19*

ÉTUDE
de la RÉPARTITION des URGENCES CHIRURGICALES à l'HOPITAL SAINT-DENIS PENDANT l'ANNÉE 1974.

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur B. DUHAMEL

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FEMME CHANTAL

A MA FILLE ANN-GAEL

A TOUTE MA FAMILLE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMANN

DOYEN DE LA FACULTE BICHAT-BEAUJON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNILLOT

DIRECTEUR DE L'U.E.R. DE BOBIGNY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR B. DUHAMEL

QUI M'A GUIDE DANS CE TRAVAIL

A MADAME LE PROFESSEUR TAMBOISE

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAEGEL

POUR L'AIDE QU'ILS M'ONT APPORTE

A MES MAITRES D'HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MILLIEZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBAOUN

MONSIEUR LE PROFESSEUR TOURNEUR

MONSIEUR LE PROFESSEUR TURIAF

MONSIEUR LE DOCTEUR BARRIER

MONSIEUR LE DOCTEUR NARDI

MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF

MONSIEUR LE DOCTEUR SEE

PLAN

I - Introduction. 1

II - Présentation de l'hôpital. 3

III - Critères de classifications suivant les genres.
suivant la gravité. 5

IV - Tableau général de la répartition des urgences chirurgicales. 8

V - Analyse des chiffres - globaux 11
- des accidents de travail
- des agressions et des bagarres
- des problèmes abdominaux
- des problèmes de surinfection de plaies
- des brûlures
- des problèmes gynéco-obstétriques
- des problèmes urologiques
- des tentatives urologiques
- des tentatives d'autolyse
- des traumatismes divers

VI - Etude particulière des transferts directs en services spécialisés 28
- le transport
- les services mis à contribution
- les accidentés de la voie publique
- les brûlés

VII - CONCLUSIONS. 33

INTRODUCTION

oOo

Brièvement, il s'agit de l'étude et de tentatives d'interprétation de la répartition des différentes urgences chirurgicale. Une comptabilité de celles-ci a été établie en fonction du genre de l'urgence et en fonction de la gravité de l'urgence.

Ce travail a été fait après un an de stage interné actif au service des urgences "Chirurgie". Les problèmes évoqués et les interprétations données lors de l'analyse des chiffres sont donc les reflets d'une expérience personnelle acquise au cours d'une année.

L'analyse de ces chiffres permet d'évoquer des problèmes très variés. D'abord, il y a l'étude de la réaction du grand public face à diverses affections ; quels sont les signes et les lésions qui inquiètent et donc qui conduisent tout de suite à l'hôpital ? Quelles sont à l'inverse celles que l'on néglige et pour lesquelles on ne s'inquiète que tardivement ? Quelles sont les blessures et les maladies qui entraînent le plus de refus d'hospitalisation, c'est-à-dire dont la gravité est méconnue ?

Ensuite par exemple, les urgences dans une banlieue très peuplée, se voient confrontées à des problèmes sociaux comme la violence ; quelle est la part des urgences relevant des agressions et des bagarres ? La violence a-t'elle, à l'hôpital aussi, l'importance que lui reconnaît la grande information ?

D'autre part, l'étude des accidents de la voie publique déborde largement le domaine médical : quelle est la part de ce fléau national au niveau d'un hôpital de la banlieue parisienne ? L'analyse des chiffres permet-elle d'évoquer les problèmes de prévention et de secours ?

Enfin dans cette banlieue industrielle des accidents de travail sont-ils encore nombreux et graves ? La prévention est-elle efficace ? D'autre part, la législation privilégiée des accidents de travail entraîne-t-elle un afflux de "soi-disants" blessés ?

Voilà brièvement résumées quelques unes dès réflexions et des questions qui me sont venues à l'esprit pendant une année de stage. Ces problèmes, quotidiennement évoqués aux urgences, m'ont conduit à me lancer dans cette étude numérique : j'étais curieux de voir si les chiffres traduisaient les impressions subjectives que j'avais sur certains problèmes, ou bien, si ils infirmaient.

Je dois signaler que ce travail a été fait à partir des livres-archives des urgences : le relevé des urgences n'est, hélas pas encore standardisé et l'étude n'a donc pas pu être aussi complète qu'il eût été souhaitable. Par exemple la répartition des accidents de la voie publique suivant le mode de déplacement n'est pas étudible ; autre exemple, les circonstances des accidents de travail ne sont pas systématiquement notées dans les archives : on ne peut donc pas étudier quels sont les travaux particulièrement dangereux, ni évoquer les éventuelles carences de protection.

o

o o

o

L'HOPITAL DE SAINT-DENIS

L'accessibilité de cet hôpital situé à quelques kilomètres de Paris est particulièrement bonne. L'Autoroute A1 traverse Saint-Denis. D'autre part, la gare SNCF est proche ainsi que la desserte RATP. L'hôpital est situé en pleine zone d'agglomération et également proche de nombreuses usines. A priori, donc l'hôpital est bien placé géographiquement et l'accès en est pratique pour la population nombreuse des environs.

Les usines de la région mettent à contribution les urgences pour ce qui est des accidents de travail. Il faut aussi y ajouter les grands travaux publics autour du canal, du futur métro et de l'Autoroute A1, travaux en cours actuellement et dont la présence ne passe pas inaperçue pour le service des urgences.

La circulation présente à Saint-Denis un double aspect : d'une part, une intense circulation urbaine avec une part importante de "2 roues" allant à leur travail ; d'autre part, l'axe autoroutier ou les accidents sont plus rares mais plus graves. Les urgences reçoivent, enfin, un nombre important d'accidents de la voie publique et dont une part non négligeable sont des accidents de travail pris en charge comme tels.

Bagarres et agressions ne sont pas rares dans cette banlieue industrielle ou le béton est roi.

Il faut également signaler qu il existe en périphérie de l'agglomération des groupes de population "marginale". Ces personnes vivent dans des conditions matérielles assez rudimentaires en gérant des "casses" ou des récupérations de férailles par exemple. Dans ces milieux très particuliers, la natalité est élevée et l'hygiène plus que succinte. A ces problèmes matériels s'ajoute le problème des moeurs différentes : le clan ne se sépare pas facilement d'un de ces membres aussi bien pour des motifs économiques qu'affectifs ; Femmes et enfants voient leur sort dépendre de la décision du chef de famille. Le personnel des urgences se trouve donc régulièrement confronté à des problèmes dramatiques et d'autant plus que dans ces milieux les enfants sont particulièrement exposés aux accidents et blessures en tous genres.

Pour terminer, il faut préciser que la maternité de l'hôpital est séparée géographiquement de celui-ci ; elle est située à environ deux kilomètres, mais d'un accès moins facile. Malgré cette proximité, les urgences reçoivent des personnes ayant des problèmes gynéco-obstétriques. Les hospitalisations sont donc pour une part, transférées dans ce service, mises à part cependant les fausses couches qui sont gardées à l'hôpital même.

Voilà donc un bref tour d'horizon de l'environnement de l'hôpital de Saint-Denis.

0

0 0

0

CRITERES DE CLASSIFICATION

oOo

L'étude des urgences à comme base la répartition suivant les genres et d'autre part suivant la gravité.

LES DIFFERENTES CLASSES D'URGENCES :

- La plus grande masse est constituée par des blessés relevant de la traumatologie ; différentes classes ont été établies dans ce groupe :

. Accidents de travail
. Accidents de la voie publique
. Accidents fortuits divers
. Agressions et bagarres
. Tentatives d'autolyse relevant de la chirurgie

- Deux autres classes se rapprochent de ce groupe :

. Les surinfections de plaies, piqures ou brûlures

- Le dernier groupe ne dépend pas de la traumatologie ; il s'agit du "mou" suivant l'expression consacrée :

. Syndromes abdominaux
. Problèmes urologiques
. Problèmes gynécologiques ou obstétriques.

Voilà donc les différentes rubriques qui ont été retenues.

LES DEGRES DE GRAVITE.

Il ne s'agit pas du pronostic des lésions constatées. La classification a été établie avec l'optique des urgences. Il s'agit d'un "instantané" de ce qui "passe" aux urgences. Ce service est un service de soins, mais surtout un centre d'orientation et toute la classification de cette étude a été faite à partir de cette idée.

La première classe est intitulée "BENIN". Il s'agit en fait de patients qui ne présentent guère de signe objectif. Le titre aurait pu être "consultations abusives".

La seconde catégorie regroupe les blessés et les malades dont l'hospitalisation n'est pas jugée utile ; cette rubrique est donc très vaste. Certains cas ne sont guère urgents, mais la limite est difficile à fixer, le "tri" est fait de façon très compréhensive et quand il n'y a vraiment aucun caractère d'urgence, la personne est dirigée vers le service de consultation proche et elle n'est donc pas comptabilisée. Dans cette catégorie d'urgence entrent de multiples cas, de la blessure minime qui nécessite une prévention antitétanique jusqu'à la fracture à platrer. D'autre part, en plus donc de toute cette "PETITE CHIRURGIE", il y a les sujets ne relevant pas de la traumatologie ; ces personnes nécessitent un examen avec éventuellement prescription d'examens complémentaires ou de traitement et rendez-vous ultérieur en consultation. Cette deuxième rubrique est donc "CONSULTATION EN URGENCE JUSTIFIEE", la majeure partie étant en fait de la petite chirurgie.

La troisième rubrique compte globalement toutes les hospitalisations prescrites : "A HOSPITALISER". Sont donc comptabilisés non seulement les hospitalisés mais aussi tous ceux qui refusent leur hospitalisation. Ces refus ont d'ailleurs été comptés afin de pouvoir établir un "TAUX DE REFUS D'HOSPITALISATION" suivant les différentes catégories de patients. Ce taux de refus se réferre donc au nombre d'hospitalisations prescrites et non pas au nombre total de sujets de la catégorie considérée. "A HOSPITALISER" comprend également les sujets "TRANSFERES" directement vers un service spécialisé extérieur à l'hôpital. Ces sujets ne sont pas tous des blessés graves mais nécessitent des soins spécialisés non dispensés dans l'hôpital.

Le problème des possibilités d'hospitalisation à l'hôpital même et des désirs des malades concernant leur lieu d'hospitalisation n'a pas été étudié.

Les personnes hospitalisées ne l'ont donc pas toutes été à l'hôpital même. Il y a en effet quelques personnes qui demandent un lieu d'hospitalisation autre et par ailleurs, d'autres sont dirigées faute de place. Ce problème n'a pas été étudié. Le chiffre n'est pas très élevé, certes une étude aurait pu être faite sur l'adaptation des possibilités d'hospitalisation aux besoins des urgences et des consultations. Ce problème est vaste, quoiqu'il en soit, on peut signaler que les urgences fournissent environ 85 % des hospitalisations.

Une sous-rubrique "TRANSFERTS EN SERVICE SPECIALISE" a donc été faite ainsi qu'un relevé détaillé des patients. Ces transferts directs feront l'objet d'une étude spéciale après les diverses rubriques car ils soulèvent divers problèmes : ils regroupent en effet une partie des blessés graves, blessés pour lesquels les conditions de transfert sont primordiales.

Enfin un décompte a été fait des personnes décédées de façon "quasi-immédiate". Leurs lésions étaient au-dessus de toute thérapeutique du moins après le transport jusqu'aux urgences ....

Voilà donc globalement les classes différentes qui ont été choisies en tachant d'être le moins arbitraire possible :

I - BENIN.

II - CONSULTATION SANS HOSPITALISATION dont beaucoup de PETITE CHIRURGIE.

III - A HOSPITALISER

dont x REFUS.

dont Y TRANSFERTS EN SERVICE SPECIALISE.

IV - DECES QUASI-IMMEDIATS.

TABLEAU GLOBAL DE LA REPARTITION DES URGENCES CHIRURGICALES

	BENINS	CONSULT. URGENTE	A HOSPIT.	ONT REFUSE	ONT ETE TRANSF.	DCD IMMED.	TOTAUX
GLOBAL	2552	8.134	3.926	196	49	30	14.642
A.T. vrais	940	2.858	606	18	0	2	4.406
A.T. trajet	51	142	184	3	1	1	378
A.V.P. non A.T.	310	626	639	35	18	18	1.593
VIOLENCES	82	356	178	12	1	0	616
ABDOMINAL	40	10	366	10	0	0	416
SUPPURATION	10	165	191	19	0	0	375
BRULURES	1	153	86	8	8	0	240
GYNECO-OBSTET.	9	14	214	4	0	0	237
UROLOGIE	7	14	85	1	0	0	106
AUTOLYSE	0	2	27	2	2	3	32
TRAUMA DIVERS	1093	3794	1350	84	19	6	6243

Une sous-rubrique "TRANSFERTS EN SERVICE SPECIALISE" a donc été faite ainsi qu'un relevé détaillé des patients. Ces transferts directs feront l'objet d'une étude spéciale après les diverses rubriques car ils soulèvent divers problèmes : ils regroupent en effet une partie des blessés graves, blessés pour lesquels les conditions de transfert sont primordiales.

Enfin un décompte a été fait des personnes décédées de façon "quasi-immédiate". Leurs lésions étaient au-dessus de toute thérapeutique du moins après le transport jusqu'aux urgences ....

Voilà donc globalement les classes différentes qui ont été choisies en tachant d'être le moins arbitraire possible :

I - BENIN.

II - CONSULTATION SANS HOSPITALISATION dont beaucoup de PETITE CHIRURGIE.

III - A HOSPITALISER

dont x REFUS.

dont Y TRANSFERTS EN SERVICE SPECIALISE.

IV - DECES QUASI-IMMEDIATS.

TABLEAU GLOBAL DE LA REPARTITION DES URGENCES CHIRURGICALES

	BENINS	CONSULT. URGENTE	A HOSPIT.	ONT REFUSE	ONT ETE TRANSF.	DCD IMMED.	TOTAUX
GLOBAL	2552	8.134	3.926	196	49	30	14.642
A.T. vrais	940	2.858	606	18	0	2	4.406
A.T. trajet	51	142	184	3	1	1	378
A.V.P. non A.T.	310	626	639	35	18	18	1.593
VIOLENCES	82	356	178	12	1	0	616
ABDOMINAL	40	10	366	10	0	0	416
SUBINFECTION	19	165	191	19	0	0	375
BRULURES	1	153	86	8	8	0	240
GYNECO-OBSTET.	9	14	214	4	0	0	237
UROLOGIE	7	14	85	1	0	0	106
AUTOLYSE	0	2	27	2	2	3	32
TRAUMA DIVERS	1093	3794	1350	84	19	6	6243

REPARTITION GLOBALE DES URGENCES "CHIRURGIE"

oOo

Un total de 14.642 personnes ont été vues aux urgences chirurgie en un an. Ce chiffre est important ; il correspond à une moyenne de 40 personnes par jour. Le service des urgences travaille donc beaucoup. Et ces chiffres prennent encore une autre dimension quand on précise que les lieux sont exigus (un nouvel hopital ouvre bientôt). Il n'y a qu'une salle de chirurgie, il y a donc souvent des problèmes d'"engorgement". Le service de radiologie d'autre part n'est pas du tout contigu et le transit nécessite donc du personnel et du temps.

Enfin deux bancs dans le couloir constituent la salle d'attente.

Tous ces problèmes matériels ne donnent que plus de valeur au "débit" élevé qui doit être assuré. Les blessés et les malades ne semblent donc pas découragés par la relative vetusté ; L'afflux est donc certainement lié à la bonne implantation géographique de l'hôpital.

Il sera intéressant dans l'avenir d'étudier l'évolution de la fréquentation des urgences du futur hopital. Celui-ci sera en effet vaste et accueillant, mais d'un accès un peu moins pratique.

La répartition globale, toutes catégories confondues, est la suivante:

	BENINS	CONSULTATIONS URGENTES	A HOSPITALISER	DECES IMMEDIATS
NOMBRE	2552	8.134	3.926	30
POURCENTAGE	17,4 %	55,6 %	26,8 %	0,2 %

Plus de 17 % des cas pourraient donc être qualifiés d'abusifs, vue la rigueur de la sélection de cette rubrique "BENIN", c'est beaucoup ! On pourrait, en voyant ces 2 552 cas, envisager la mise au point d'une sorte de service de "filtrage" dès l'arrivée à l'hôpital. Le service des urgences est en effet surchargé et les parasites sont d'autant plus mal venus qu'ils encombrent immanquablement car il y a une seule salle.

Avec plusieurs salles, il serait en effet certainement possible de mettre ces personnes dans un coin "étudié pour". De nombreux sujets pourraient être d'emblée adressés vers une consultation, vers leur médecin traitant ou simplement pourraient recevoir le petit conseil qu'ils sont venus chercher. Quant aux professionnels de l'hospitalisation et de l'arrêt maladie, une organisation de l'assistance sociale ainsi qu'une coordination des archives des différents hôpitaux permettraient d'une part de mettre fin à ces pérégrinations du type Urgences-Urgences-Urgences-Hospitalisation, et d'autre part, cela permettrait peut-être aussi de tacher de faire face à l'éventuel problème social.

- La rubrique "CONSULTATION JUSTIFIEE" mérite en fait le titre "PETITE CHIRURGIE" : la plupart des sujets vus dans ce cadre relèvent de la traumatologie ; en effet Gynéco-Obstétrique + Urologie + Syndrômes abdominaux ne comptent que 38 consultations justifiées sans hospitalisation sur un total de 8 134 ! Plus de 8000 personnes ont donc reçues des soins au service des urgences. Si la fonction "orientation" des urgences est importante, la fonction "soins" l'est donc également.

- Plus d'une personne sur QUATRE est à hospitaliser. J'ai déjà signalé que les urgences fournissaient environ 85 % des hospitalisations. La répartition globale des sujets "A HOSPITALISER" et des sous-groupes s'y rattachant est la suivante :

A HOSPITALISER	ONT REFUSE	ONT ETE TRANSFERES EN SERVICE SPECIALISE
3.926	196 soit 5 %	49 soit 1,25 %

- 1 malade sur 20 refuse donc son hospitalisation, proportion globale pour l'ensemble des différents problèmes chirurgicaux. Cette affirmation n'est en fait pas exacte car, pour les mineurs, ce sont les parents qui décident sans oublier le grand nombre de "mineurs" d'âge adulte ! La santé des enfants est à la merci de la décision de leurs parents ; cela entraîne des situations parfois dramatiques où tous les arguments défilent, en vain, pour tâcher de convaincre des parents inflexibles. Les raisons de ces refus sont très variées : certains ne veulent pas se séparer de leurs enfants, certains blessés ont des problèmes financiers, d'autres ont des charges familiales ou professionnelles qui priment sur leur propre santé, les protagonistes de

bagarres nocturnes préfèrent souvent ne pas s'attarder et ne pas laisser de trace de leur passage. Donc les raisons sont très variées, sans oublier tous ceux qui "savent mieux" que le médecin consulté. Il est certain que ce taux de refus va varier suivant la pathologie en cause : les refus seront nombreux lorsque les troubles ne sont pas jugés graves et inversement, les taux de refus bas feront apparaître les affections avec lesquelles le public ne plaisante pas. Le taux de refus moyen global est donc 5 %. Il servira de référence.

- 49 sujets transférés : ce nombre n'est pas très élevé et une partie seulement est constituée de blessés graves.

- 30 décès quasi-immédiats ; ce chiffre est certes modeste par rapport à presque 15.000 urgences, mais il est important quand on considère qu'il s'agit de morts d'hommes. La répartition en sera également étudiée. Quels sont les accidents en cause, que peut-on faire comme prévention, quelle part pourrait être sauvée s'il y avait possibilité d'intervenir directement sur le lieu du sinistre ?

- Voilà les chiffres globaux. La répartition de ces blessés et malades va donc suivre, les rubriques classées par importance.

LES ACCIDENTS DE TRAVAIL.

oOo

Sont pris en charge comme accidents de travail, non seulement les accidents de travail proprement dits, mais aussi les accidents de trajet qui sont en fait des accidents de la voie publique ; la répartition est la suivante :

TOTAL	BENIN	P. CHIR.	A HOSP.	REFUS	TRANSF.	DECES	
4 406	940	2.858	606	18	0	2	A.T. vrais
378	51	142	184	3	1	1	A.T. trajet

- Au total 4.784 blessés ont été pris en charge comme ACCIDENTS DE TRAVAIL, soit 32,7 % des urgences chirurgie, autrement dit presque 1 blessé sur 3. L'environnement industriel se fait donc très, très lourdement sentir, 1/3 des urgences ! La part des accidents de trajet est de 378/4784, soit 8 % des accidents de travail déclarés au service des urgences.

- Les A.T. vrais ont été comptés globalement ; la plupart sont des accidents traumatiques ; il n'y a pas eu d'étude détaillée de faite sur la nature des A.T. car les archives ne disent rien des circonstances des accidents et donc de toute façon le travail aurait été incomplet. Il y a par exemple quelques brûlés parmi la grande masse de traumatismes divers. Mais le plus souvent, il s'agit de plaies minimes.

- Les A.T., leur prévention et leur couverture sociale sont régis avec beaucoup de précision. La victime est prise en charge de façon plus importante qu'une victime "civile", le blessé "A.T." est bien couvert socialement : "ça n'engage à rien" d'aller déclarer une lésion minime, au contraire, c'est même une précaution sage au cas d'une éventuelle complication. 940 A.T. vrais "bénins" font donc partie de ces déclarations d'A.T. par précaution, soit un taux de 21,3 % des A.T. déclarés. Ce chiffre de BENINS est

donc plus élevé que la moyenne globale des urgences qui est de 17,4 % de BENINS. Toutefois, cette élèvation est modérée ; la législation ne semble donc pas entrainer un trop grand afflux de "blessés sans blessures".

La grande majorité des accidents de travail est constituée par des traumatismes et blessures pouvant être soignées aux urgences même. Il s'agit de 2.858 accidents soit 64,9 % : 2/3 des accidents de travail relèvent donc de la petite chirurgie.

Pour les lésions plus importantes, il y a eu 606 hospitalisations de prescrites, soit 15,4 % du total des hospitalisations globales. Il y a donc :

1 A.T. pour 3 urgences, mais seulement
1 A.T. pour 6 hospitalisations prescrites.

Le taux de refus d'hospitalisation est de 3 % au lieu de 5 % pour la moyenne ; comme le nombre plus élevé de BENINS, le taux de refus plus bas s'explique par la législation : le refus est en effet signalé sur le certificat médical initial et le blessé prend donc des risques en cas d'éventuelles complications. Ce taux aurait d'ailleurs pu être plus bas si un autre phénomène n'était intervenu : en effet, en fin d'année le contexte économique a fait que de nombreux ouvriers ou employers refusaient les hospitalisations et les arrêts de travail par crainte des risques de licenciements et du spectre du chômage.

- Aucun blessé grave à transférer ;
- 2 décès sur les 30 globaux ; ces deux décès correspondent à un taux de 4,5 /10.000 accidents de travail déclarés aux urgences.

Les ACCIDENTS DE TRAVAIL vrais sont donc nombreux, mais rarement graves, du moins comparés aux autres types d'accidents. Quant à la législation particulière, son effet est certes ressenti mais de manière modérée.

Les ACCIDENTS DE TRAVAIL - ACCIDENTS DE TRAJET représentent environ 8 % des accidents de travail déclarés ; en fait ce sont des accidents de la voie publique ; ils sont donc étudiés et comparés aux autres accidents de la voie publique.

0

0 0

0

LES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE

oOo

Les accidents de la voie publique regroupent à Saint-Denis des blessés provenants de toutes sortes d'accidents ; l'autoroute du Nord est le théâtre de carambolages en chaine, heureusement très rares, mais les bretelles d'accès ou de sortie de l'autoroute par contre sont souvent le lieu d'accidents. La circulation urbaine d'autre part fournit également des accidents variés. Les accidents nocturnes sont souvent graves car les collisions ont lieu à haute vitesse et de plus l'alcoolémie en fin de soirée est fréquemment supérieure à la moyenne et favorise les "pertes de contrôle du véhicule". Pendant la journée, le trafic est très intense et les blessés graves sur la voie publique se recrutent surtout parmi les enfants, piétons étourdis, et parmi les usagés des "2 roues".

Donc les chiffres ne peuvent donner qu'une impression globale sur les accidents de la voie publique. Quoiqu'il en soit quelques résultats donnent tout de suite une idée de l'importance des accidents de la voie publique et surtout de leur gravité ;

les A.V.P. représentent :

- 13,5 % des urgences ;
- 21,0 % des malades à hospitaliser ;
- 38,8 % des malades à transférer ;
- 63,3 % des décès quasi-immédiats ;

Ces chiffres montrent que plus on considère une classe de blessés gravement atteints, plus la part des accidents de la voie publique devient grande. Les accidents de la voie publique représentent un véritable fléau ; voici donc le tableau plus détaillé, tous A.V.P. confondus (A.T. ou non), les chiffres globaux des urgences sont rappelées pour comparaison :

TOTAL	RENTN	P. CHIR.	A HOSPIT.	ONT REFUSE	TRANSF.	DECES	
1.971	361	768	823	38	19	19	A.V.P.
14.642	2.552	8.134	3.926	196	49	30	URGENCES
13,5 %			21,0 %		38,8 %	63,3 %	%

19 décès quasi-immédiats : ces blessés se trouvaient soit dans un état au-dessus de toute thérapeutique, soit n'ont pas pu bénéficier à temps des soins que leur état nécessitait. La deuxième éventualité engage donc à améliorer encore le secours aux blessés graves. Il ne s'agit plus d'évacuer rapidement le blessé, mais il s'agit de l'intervention sur place directement d'une équipe permettant le transport en "ambiance" chirurgicale. Ce problème d'ailleurs se posera à nouveau ultérieurement lors de l'analyse un peu plus précise des malades transférés.

Les ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE se divisent en deux catégories suivant la législation sociale qui les régit. Cette différence provient du fait que les accidents ayant lieu sur le trajet du travail sont couverts comme les accidents du travail proprement dits. La différence de circonstance des accidents et la différence des statuts pour l'accident produisent-elles une répartition différente des différentes classes de blessés ? Il ne faut en effet pas perdre de vue que le trajet travail à un contexte précis qui le différencie des autres. I A.V.P. environ sur 5 vu aux urgences est pris en charge comme accident de travail ; ce chiffre est important dans l'absolu, mais il est relativement faible quand on considère que plusieurs heures par jour la circulation, à la limite de la saturation, est constituée en grande partie de personnes sur le trajet domicile-travail.

La répartition des accidents de ces deux groupes est :

	TOTAUX	BENINS	P. CHIR.	A HOSPIT.	ONT REFUSE	A TRANSF.	DECES
A.V.P.	1.593	310	626	650	55	18	18
A. TRAJET	378	51	142	184	3	1	1

La répartition des deux groupes d'accidents de la voie publique considérés n'est en effet pas semblable. Dans les A.V.P. transférés, il n'y a que des blessés graves, cette précision est intéressante car ainsi le chiffre (transférés + décédés) donne un reflet de la part des accidents très graves :

- 36 / 1.593 soit 2,3 % des A.V.P. simples,
- 2 / 378 soit 0,5 % des Accidents de trajet travail.

Les accidents de trajet travail sont donc nettement moins graves. Cette différence résulte certainement des circonstances différentes. Le trajet travail se passe en général de jour, à des heures où la circulation est très lente et dans un état de sobriété favorable. Les accidents de la voie publique ordinaires par contre surviennent à toutes les heures, entre autre, la nuit. Ils surviennent en ville, mais aussi sur l'autoroute et sur les grandes routes nationales qui traversent la ville ; enfin cette rubrique comporte tous les enfants blessés sur la voie publique. Voilà donc de nombreuses différences de circonstances qui contribuent à la différence des taux de gravité. Mais il y a également les différences de statuts :

- 1,6 % de refus d'hospitalisation pour les accidentés sur le trajet travail ;
- 5,5 % par contre pour les accidents autres.

Ce problème des refus a déjà été évoqué pour les ACCIDENTS DE TRAVAIL.

O

O O

O

LES AGRESSIONS ET LES BAGARRES : LA VIOLENCE

oOo

La violence et la délinquance font la "une" des journaux assez régulièrement. Toutes les agglomérations sont concernées par ces problèmes. Banlieue industrielle peu favorisée par l'environnement, Saint-Denis est une ville où la violence fait partie des préoccupations presque journalières de la population.

La rubrique "AGRESSIONS ET BAGARRES" vient en troisième position en importance numérique après les accidents de travail et les accidents de la voie publique. Encore faut-il préciser que de très nombreux blessés classés dans la catégorie "traumatismes divers" relèvent de cette rubrique mais préfèrent le cacher, préférant le maximum de discrétion pour leurs exploits. 616 blessés donc officiellement.

Le point commun de ces blessés, c'est la violence, qu'ils en soient de simples victimes ou qu'ils en soient des adeptes. Il y a donc les personnes attaquées dans la rue où chez elles ; il y a aussi les "acteurs" des bagarres de sorties de bal et des querelles de bistrots ; les altercations domestiques enfin fournissent un autre type de blessé ou de soi-disants blessé.

Les réactions sont diverses selon le type de l'acte violent. Les bagarreurs sont avides d'anonymat et de discrétion, ils sont pressés de partir et ne tiennent pas du tout à être hospitalisés. A l'inverse, les urgences voient se présenter dans leurs murs des personnes qui semblent venir pour le certificat descriptif sur papier timbré plus que pour recevoir des soins. La répartition globale est la suivante :

	BENINS	P. CHIR.	A HOSPIT.	ONT REFUSE	TRANSF.	DECES
NOMBRES	82	356	178	12	1	0
	13,3 %	57,8 %	28,9 %	6,7 %	0,6 %	0 %
Moyenne globale de référence :						
	17,4 %	55,6 %	26,8 %	5 %	1,25 %	0,2 %

La grande majorité de ces blessés (57,8 %) a besoin de soins aux urgences. Les personnes se présentant sans guère de lésions sont peu nombreuses : 13,3 %. Il s'agit surtout des personnes qui veulent confier leurs "différents" familiaux à la justice officielle, les urgences se transforment alors en centre d'expertise.

Par ailleurs, il n'y a eu qu'un blessé très grave qui a du être transféré ; quant au nombre de blessés à hospitaliser, il se situe aux environs de la moyenne globale.

Enfin, le taux de refus d'hospitalisation est plus élevé que le taux moyen : 6,7 contre 5. La part des bagarreurs pressés de partir se fait donc sentir au niveau des chiffres sans toutefois se traduire par un taux énorme de refus.

0

0 0

0

LES PROBLEMES ABDOMINAUX

oOo

Sous ce titre sont regroupés les diverses syndromes abdominaux. 416 cas en tout, la majeure partie est constitutée par des suspicions de crises appendiculaires. Dans cette catégorie, un bon nombre de personnes arrivent avec une lettre de leur médecin traitant qu'ils ont consulté auparavant. La deuxième rubrique n'est pas ici constituée par de la petite chirurgie ; il s'agit de personnes présentant des troubles qui nécessitent un examen clinique avec éventuellement des examens complémentaires et un rendez-vous à la consultation.

BENINS	CONSULT.	A HOSPIT.	ONT REFUSE	TRANSFERES	DECES
40	10	366	10	0	0
9,6 %	2,4 %	88 %	2,7 %	0	0

L'appendicectomie n'est pas pratiquée de façon systématique devant tout signe abdominal ou trouble digestif et cependant presque NEUF malades sur DIX sont à hospitaliser. La plus grande partie du public, face à un problème abdominal, va consulter son médecin traitant. Celui-ci après examen, adresse ou n'adresse pas à l'hôpital pour hospitalisation ou pour "avis". 88 % à hospitaliser : les médecins généralistes exercent donc une sélection très efficace.

Le taux de refus d'hospitalisation est bas : 2,7 %.

"L'appendicite" est bien connue du public qui craint la "péritonite". Dans cette catégorie de pathologie, ce n'est pas la prescription d'hospitalisation qui suscite des protestations ; mais au contraire ce serait plutôt en cas de non-hospitalisation que le patient aurait tendance à s'inquiéter et à protester. Le taux de refus est donc presque moitié de la moyenne : 2,7 % contre 5 %.

En résumé donc, les personnes présentant des syndromes abdominaux viennent aux urgences après avoir vu leur médecin, en pensant être hospitalisées et le sont, en effet, le plus souvent.

LES SURINFECTIONS

oOo

Avec 375 cas, cette rubrique vient juste après les problèmes abdominaux et comme nous allons le voir, pose des problèmes en quelques sortes inverses. Sous ce titre se regroupent des plaies, des brûlures et des piqures qui se sont infectées. Le point de départ est bien souvent donc une négligence, un défaut de soin au niveau d'une lésion qui a été primitivement négligée ou jugée sans importance.

BENINS	SOINS CONSULT.	A HOSPIT.	ONT REFUSE	TRANSF.	DECES	
19	165	191	19	0	0	
5,1 %	44 %	50,9 %	10 %	0	0	Répartition
17,4 %	55,6 %	26,8 %	5 %	1,25 %	0,2 %	Moyenne globale

Le taux de BENINS est très faible ; les personnes s'inquiètent rarement à tort d'une éventuelle infection : 5,1 %. Plus de la moitié des blessés par contre sont à hospitaliser : 50,9 %. Ce chiffre est élevé surtout qu'il s'agit de personnes qui viennent vraiment tard; plus d'une personne sur deux a donc dépassé le stade des soins de petite chirurgie ! Il y a donc un double problème : d'une part, la carence d'hygiène au niveau des petites blessures courantes et d'autre part, un problème de négligence vis-à-vis de l'extension du processus infectieux. Enfin, le taux de refus d'hospitalisation est de 10 % ! UN malade sur DIX refuse son hospitalisation alors qu'il présente une collection supurée ou même une infection extensive.

Le chapitre SURINFECTION met en évidence la grande ignorance de l'infection pour le public ; et cela se voit à tous les niveaux de l'infection, que ce soit sa prévention, son erradication quand elle débute ou même sa gravité quand elle se développe, l'infection est négligée. Sans quitter le domaine de l'infection, on doit aussi évoquer la grande ignorance et négligence à l'égard du Tétanos ; les rappels ne sont pratiquement jamais faits quant au calendrier des vaccinations, il fait partie des grandes enigmes et des questions pièges uniquement faites pour les jeux radiophoniques.

LES BRULES

oOo

Les accidents de travail ne sont pas pris en compte, ces brûlés ne sont d'ailleurs pas très nombreux ; le chalumeau et le goudron étant les deux principaux agents de brûlures sur les lieux de travail.
240 personnes ont été vues aux urgences pour des brûlures. Il ne s'agit que de brûlures récentes ; les brûlures anciennes surinfectées ont en effet été classées dans le chapitre précédent.

	BENINS	SOINS	A HOSPIT.	ONT REFUSE	TRANSF.	DECES
Répartition	1	153	86	8	8	0
	0,4 %	63,8 %	35,8 %	9 %	9	0

La brûlure n'inquiète semble-t'il guère. Un seul cas de brûlure "au-dessous de toute thérapeutique" ! Tous les blessés, sauf un, avaient donc besoins de soins. Cela rejoint certaines constatations faires au chapitre précédent ; beaucoup de brûlures sont négligées. Ceux qui consultent en effet sont assez gravement atteints puisqu'il faut en hospitaliser plus du TIERS. Cette rubrique est composée en grande part d'enfants, ce qui rend d'autant plus dramatique les 9 % de refus d'hospitalisations. Les brûlures mêmes étendues ne semblent pas être perçues comme quelque chose de grave et cela malgré l'aspect souvent inquiétant des lésions cutanées. En fait, le taux de refus est élevé et cela tient à de nombreux autres facteurs qu'il ne faut pas négliger non plus. Le brûlé est souvent un enfant issu d'un milieu "socialement" défavorisé ; le milieu implique le manque de surveillance ; la promiscuité, l'exposition au danger ; le milieu expose donc, d'une part aux lésions importantes et, d'autre part, le même milieu aggrave les risques en refusant l'hospitalisation. Les victimes sont donc ainsi doublement exposées. De toute façon, les brûlures comme les infections sont relativement négligées par le grand public ; toutefois, le phénomène est nettement plus limité que pour les infections, par exemple, la proportion de personnes à hospitaliser est moindre, 35,8 % contre 50,9 % pour les brûlés et 26,8 % pour la moyenne globale de référence.

HUIT brûlés graves ont du être transférés vers des services hautement spécialisés ; une étude un peu plus détaillée en est faite dans le chapitre spécial sur les transférés. Cette étude montrera à quel point les enfants sont les grandes victimes des brûlures graves.

O

O O

O

GYNECOLOGIE & OBSTETRIQUE

oOo

Il faut tout de suite préciser que le service spécialisé n'est pas situé à l'hôpital même ; la maternité, bien que dépendant de la même administration, est éloignée de plus d'un kilomètre. Cependant les fausses couches hémorragiques sont le plus souvent hospitalisées sur place, en service de chirurgie, dans la mesure où elles ne posent pas de problèmes particuliers et suivant les places disponibles.

237 femmes relèvent de cette rubrique. La grande majorité est constituée de fausses couches hémorragiques : les pertes sanglantes remontent assez souvent à plusieurs jours et les syndrômes fébriles associés ne sont pas rares ; cependant, on ne voit plus guère de femme arrivant en grand collapsus ou en état septicémique patent. Les urgences reoivent d'autres types de pathologie ; il y a des leucorrhées qui ne sont ni très urgentes, ni du ressort d'un service de chirurgie ; il y a aussi des petits problèmes qui sont en fait des problèmes de surveillance de grossesses. Enfin, il y a des cas très rares, mais étonnants : des femmes venant sous des prétextes divers se révèlent en fait être enceintes de plusieurs mois alors qu'elles affirment l'ignorer malgré l'évidence des faits !

La répartition est la suivante :

BENINS	CONSULTATION SPECIALISEE	SONT A HOSPITALISER	ONT REFUSE
9	14	214	4
3,8 %	5,9 %	90,3 %	1,9 %

Si le service des urgences chirurgicales n'est pas toujours qualifié pour prendre en charge les problèmes posés, par contre, il est certain qu'une consultation en urgence s'imposait le plus souvent, en effet l'hospitalisation était jugée nécessaire plus de 9 fois sur 10. Ces hospitalisations ont été faites sur place ou bien à la maternité parfois, après accord téléphonique. La gravité est évidente pour ces femmes ; il y a en effet moins de 2 % de refus d'hospitalisation.

14 femmes présentaient des troubles ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate ; elles ont donc été orientées vers une consultations spécialisée pour leur problème obstétrique, infectieux ou autre.

Le législateur s'est récemment penché sur le problème des avortements. Il sera intéressant de suivre l'évolution de ce type de pathologie au fur et à mesure de la mise en place des nouvelles structures prévues par la loi.

0

0 0

0

UROLOGIE

oOo

Alors qu'à l'hôpital même il n'y a pas de service de gynécologie et obstétrique, il y a par contre un secteur d'un service de chirurgie plus particulièrement consacré à l'Urologie.

La pathologie urologique vue aux urgences est variée : il y a des hématuries, des rétentions, des hydrocèles et des épidymites ; signalons encore des phimosis infectés ; les suspicions de torsion de testicule sont rares de même que les lésions "dermato-vénérologiques".

La répartition de ces patients est la suivante :

- 106 Consultants en urgence ;
- 7 ne présentaient pas de troubles objectifs ;
- 14 ont été dirigés, après examen, vers la consultation spécialisée ;
- 85 hospitalisations ont été prescrites ;
- 1 seul patient a refusé d'être hospitalisé ;

Cette répartition est donc assez semblable à celle du chapitre précédent qui touchait lui aussi à la pathologie de la sphère uro-génitale.

HUIT personnes sur DIX sont à hospitaliser ; les patients ne viennent donc le plus souvent que pour des raisons justifiées.

UNE SEULE personne n'a pas voulu être hospitalisée ; ce type de pathologie est donc tout à fait pris au sérieux par le public.

Le rôle des médecins généralistes, comme pour les problèmes abdominaux, est également à signaler au sujet de la sélection des patients ; cependant pour ce genre de troubles, une très grande partie des malades vient directement à l'hôpital.

O

O O

O

TENTATIVES D'AUTOLYSE
RELEVANT DE LA CHIRURGIE.

-oOo

Voici la rubrique la plus petite en volume : 32 personnes reçues pour une tentative d'autolyse relevant de la chirurgie ; ce sont des plaies de poignets, des défénestrations et enfin un suicide par arme à feu. Il n'y a pas eu au cours de l'année de cas de pendaison amenée aux urgences. Les intoxications médicamenteuses volontaires sont du ressort de la réanimation médicale.

La plupart des blessés de cette catégorie sont donc des personnes présentant des plaies de la face palmaire des poignets. Ces plaies sont volontiers spectaculaires du fait du saignement veineux parfois augmenté par un garrot mal posé. On peut se demander si le très bon pronostic vital est connu du public et si même ce n'est pas le motif du choix de ce procédé . Par contre, les risques importants pour les éléments tendineux et nerveux ne semblent pas très connus.

La répartition des blessés est la suivante :

- 2 "Petites Chirurgies"
- 27 "Hospitalisations prescrites"
- 2 "ont refusé leur hospitalisation"
- 2 "Transferts en service spécialisé"
- 3 "Décès quasi-immédiats"

La plupart des blessés étaient donc à hospitaliser. Les désespérés qui se "tranchent les poignets" se blessent donc assez gravement et les plaies sont souvent à explorer au bloc opératoire.

Le taux de refus d'hospitalisation n'est pas très élevé pour ces candidats à la destruction.

La part des cas graves est importante ; elle n'est point négligeable : 3 décès auxquels s'ajoute 1 transfert pour tentative de suicide par arme à feu ; cela fait pratiquement QUATRE cas fatals pour trente deux tentatives.

Sur le plan psychiatrique, il faut signaler qu'un transfert a du être fait directement après sutures vers un service spécialisé vu l'état de la personne. Le degré de "responsabilité" des ex-candidats au suicide pose parfois des problèmes a propos des refus d'hospitalisation.

0

0 0

0

DIVERS TRAUMATISMES

oOo

Cette rubrique, la dernière, est un peu un fourre-tout. Il s'agit de toutes les blessures et de tous les traumatismes, domestiques, sportifs ou scolaires. C'est la principale rubrique en volume : 6.243 cas.

- 1.093 cas BENINS
- 3.794 blessés relevant de PETITE CHIRURGIE
- 1.350 HOSPITALISATIONS PRESCRITES avec
  - . 84 REFUS
  - . 19 TRANSFERTS
- 6 DECES quasi-immédiats.

Le blessé "type" de cette rubrique, c'est le bricoleur du wekk-end, le sportif du samedi et encore l'enfant du centre aéré pendant les vacances scolaires. En fait, il y a aussi des accidents de la voie publique non déclarés et des bagarreurs discrets.

Plus de la moitié de ces blessés (60,7 %) nécessitent des soins de petite chirurgie.

Parmi les 19 transferts, il n'y a pas que de cas graves. Il y a en particulier 7 transferts à l'infirmerie spéciale du dépôt. Il y a aussi un transfert en psychiatrie, il reste donc seulement DEUX cas de blessés graves. Ce sont surtout des chutes ayant entraîné des polytraumatismes ou des traumatismes crâniens.

Voil donc finie la revue des différents types de sujets vus au service des urgences chirurgicales. Un chapitre particulier est maintenant réservé aux transferts directs vers des services spécialisés.

O

O O

O

TRANSFERTS DIRECTS VERS DES SERVICES SPECIALISES.

oOo

Pendant l'année 1974, c'est 49 transferts qui ont été ainsi réalisés. Il ne s'agissait pas obligatoirement de blessés graves ; par exemple sont comptabilisés des blessés légers très agités que l'hôpital ne pouvait pas prendre en charge. La majorité de ces sujets est cependant constituée de blessés graves.

Quelle est la répartition de ces blessés ? Vers quelles sortes de services ont-ils été dirigés ? Dans quelles conditions ont-ils été transportés ? Pour tâcher de répondre à ces questions, un relevé détaillé a été fait.

LE TRANSPORT.

Pour situer le problème du transport, il faut signaler que le S.A.M.U. était en cours d'organisation au cours de l'année 1974. Plus de la moitié des transférés ont bénéficié d'un transport "amélioré". La répartition est la suivante :

- 4 fois : ambulances escortées de motards pour permettre un transfert plus rapide ;

- 1 fois : blessé accompagné par une infirmière pour qu'il y ait une surveillance pendant le trajet ;

-21 fois : le transfert a été effectué par le S.A.M.U.

Les cinq premiers cas se situent au début de l'année, car par la suite, le S.A.M.U. a été systématiquement contacté pour tous les transferts de blessés graves. Le S.A.M.U. a donc apporté un progrès important; en effet les malades sont pris en charge par une équipe spécialisée dès le service des urgences ; le transport peut alors se faire sans précipitation puisque le malade est déjà pris

en charge par une équipe spécialisée.

En fait, l'amélioration des transferts a été progressive. Au début, il fallait téléphoner à l'hôpital de Bobigny, le standard passait le poste du S.A.M.U. Celui-ci devait ensuite venir jusqu'à Saint-Denis avec un de ces camions. D'autre part, au téléphone, il fallait entreprendre la tournée des services spécialisés, et avec assez de persuasion pour réussir à placer le blessé.

Le S.A.M.U. a rapidement eu une ligne téléphonique directe qui évitait l'attente au standart, puis même une ligne spéciale avec téléphone spécial fut installé.

D'autre part, le travail de "démarchage" a été supprimé, grâce à l'institution d'un "régulateur" qui au niveau du S.A.M.U s'occupe de trouver un service adapté susceptible d'accueillir le blessé.

Enfin, progressivement, les hôpitaux sont dotés de camions équipés pour ces transferts et qui stationnent sur place. Le délai de prise en charge aux urgences est donc notablement réduit par rapport à ce qu'il était au début.

Le stade ultime, ce serait d'éviter le passage aux urgences des blessés relevant de services hautement spécialisés dans les plus brefs délais. Les manipulations et les pertes de temps inutiles seraient ainsi évitées. Pour ce faire, il faudrait que le service de secours puisse être directement prévenu du lieu de l'accident, que soit la chaussée où le lieu de travail. Hélas, les premiers secours sur place lors d'un accident sont rarement capables de faire un bilan approximatif des lésions ; l'unité mobile de secours est donc exposée aux déplacements inutiles alors que d'autres appels sont différés faute de moyens disponibles.

LES SERVICES MIS A CONTRIBUTION

Après le problème de transport lui-même, quels sont les services mis à contribution ? La répartition est la suicante :

- Infirmerie spéciale du dépôt 7
- Psychiatrie 2
- Neurochirurgie 26

- réanimation pour polytraumatisés graves et les traumatisés du thorax 3
- service de brûlés 8
- chirurgie vasculaire 1
- chirurgie de l'oeil 1
- service O.R.L. pour ablation de corps étranger oesophagien chez un enfant 1

Les sept premiers cas sont des blessés très légers qui présentaient un état d'agressivité non compatible avec les possibilités d'"accueil" de l'hôpital. Il serait d'ailleurs peut être préférable que ces sujets soient pris en charge dans un service adapté "civil" et médical.

Un peu à part également les deux cas suivants, il s'agissait de personnes dont l'état mental étaient sérieusement perturbé.

Il reste donc en fait 40 urgences vraiment chirurgicales. La majorité des transferts est donc destinée aux services de neurochirurgie, ces 26 blessés présentaient les syndrômes suivants :

- 14 Comas post-traumatiques ;
- 1 Coma après suicide par balle ;
- 6 Traumatismes crâniens avec des troubles neurologiques ;
- 2 Fractures du crâne isolées ;
- 1 Traumatisme crânien avec scalp très étendu ;
- 1 Subluxation de vertèbre cervicale ;
- 1 Fracture de l'odontoïde ;

La répartition suivant les tranches d'âge est ainsi faite :

0 à 9 ans	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans et +
10	4	2	6	2	1	1

Il s'agissait de 20 hommes et 6 femmes.

Enfin la cause des accidents : - 15 A.V.P. - 1 suicide
- 1 agression - 9 chutes fortuites

Le blessé type transféré en neurochirurgie est donc facile à établir ; il s'agit d'un enfant de sexe masculin qui est dans un état comateux à la suite d'un accident survenu sur la voie publique.

LES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE et les blessés NEUROCHIRURGICAUX réalisent deux rubriques donc les effectifs se confondent partiellement ; mais tous les A.V.P. ne sont pas transférés en neurochirurgie et vice versa. Pour 19 A.V.P. transférés, il n'y a qu'un seul accident de trajet-travail ; la pathologie est ainsi représentée :

- 15 problèmes neurochirurgicaux ;
- 1 polytraumatisé ;
- 2 problèmes thoraciques ;
- 1 plaie oculaire ;

La majorité des transferts est donc faite vers la neurochirurgie ; les très nombreux polytraumatisés peuvent en effet, le plus souvent, être pris en charge par les services de chirurgie de l'hôpital. La répartition par tranche d'âge est légèrement différente de celle obtenue avec les blessés "neurologiques" :

0 à 9 ans	10 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans et +
6	3	2	3	1	0	4

Les moins de dix ans sont donc encore une fois les plus touchés, mais les plus de soixante ans sont également exposés ; d'autant plus, si l'on considère qu'il y a proportionnellement moins de représentants de cette classe d'âge que de représentants des classes plus jeunes.

Un mot sur la répartition des deux sexes dans les accidents graves ;

- 20 hommes pour 6 femmes transférées en Neurochirurgie ;
- 14 hommes pour 5 femmes transférées à la suite d'un A.V.P.

Le sexe masculin est donc TROIS FOIS PLUS représenté dans ces accidents graves que le sexe féminin.

L'extension de l'usage de la ceinture de sécurité pour les voitures et l'obligation du port du casque pour tous les "deux roues" devraient apporter une amélioration particulièrement sensible au niveau des blessés neurolo-

giques. Cependant, il faut remarquer qu'aucune mesure ne vise à protéger plus spécialement les groupes les plus exposés, c'est-à-dire, les enfants et les personnes âgées.

Pour les BRULES GRAVES, le problème de la surveillance des enfants apparaît à nouveau. Pour les brûlés dont l'état nécessitait un transfert, il n'y a pas de répartition en classe d'âge ! En effet HUIT brûlés graves ont du être transférés, le plus "âgé" avait ... HUIT ANS ; la moyenne d'âge est de QUATRE ANS. Les enfants présentent en effet des brûlures à la fois graves et étendues ; les circonstances des accidents peuvent semble-t-il expliquer cela : l'enfant, non surveillé, renverse un récipient (huile, café, eau) qui est à la limite de sa portée (cuisinière, table). Il ne se méfie pas quand le récipient bascule et il prend une véritable "douche". Le problème des refus d'hospitalisation a déjà été évoqué ; il se présente encore une fois, la gravité n'apparaissant pas toujours aux parents.

Il reste deux transferts pour des problèmes un peu particuliers : une plaie oculaire par débris de parbrise et une pièce de monnaie restée coincée dans l'oesophage d'un petit garçon.

Voila donc terminé ce tour d'horizon rapide des urgences.

O

O O

O

C O N C L U S I O N S

oOo

Cette étude a porté sur les patients reçus au service des urgences chirurgicales de l'hôpital de Saint-Denis en 1974. La répartition de ces personnes, suivant le genre de pathologie et suivant l'importance des soins nécessaires, a été établie puis analysée.

Les problèmes évoqués sont donc très nombreux. Tâchons de dégager les principales constatations faites au cours de ce tour d'horizon des urgences chirurgicales.

Nous avons remarqué la bonne implantation de l'hôpital : il est en effet proche de nombreux grands ensembles d'habitations et d'autre part, également proche, de nombreux chantiers et entreprises : Citroën, GALLAY, Les Wagons-lits, une école technique, les travaux du métro, les travaux en bordure de l'autoroute AI et au voisinage du canal, etc....

Le service des urgences reçoit en moyenne 40 patients par 24 heures pour une raison chirurgicale. De débit élevé traduit l'efficacité de l'organisation : interne de garde, personnel infirmier, élèves hospitaliers et stagiaire interné permettant le choix et l'exécution rapides des soins. Cet afflux traduit d'autre part la confiance de la population locale et des services sanitaires des entreprises. L'accueil ainsi que la rapidité des soins et des démarches administratives semblent donc satisfaisants pour le public.

Les accidents du travail sont très nombreux : un TIERS des patients vus ! La plupart présentent des plaies superficielles ; l'importante équipe soignante présente, principalement le matin, permet de faire face à ces multiples soins de petite chirurgie et à la marée de paperasserie qui les accompagne. Un stagiaire interné, présent le matin en permanence, a la responsabilité de cette petite traumatologie courante.

Les accidents de la voie publique fournissent une grande partie des blessés graves. Il y a quatre principaux types de blessés graves : les accidentés de l'autoroute, les accidentés automobilistes de nuit en ville, les accidentés usagers de deux roues et enfin les piétons renversés qui sont souvent très jeunes.

La place des victimes de la violence n'est pas négligeable ; cependant la gravité est en général réduite : un quart environ est à hospitaliser. Il n'y a pas eu de blessé en état comateux ; enfin, une personne seulement a du être transférée ; il s'agissait d'un scalp très étendu.

Les nombreux refus d'hospitalisation de la part des brûlés et des blessés présentant des plaies infectées (environ UN sur DIX) témoignent de la grande négligence du public pour ces problèmes.

Nous avons noté que 88 % des syndrômes abdominaux vus aux urgences étaient à hospitaliser. Les médecins généralistes, presque toujours consultés auparavant, effectuent donc une sélection tout à fait efficace. La plupart des malades de cette rubrique avaient des syndrômes appendiculaires.

Les malades urologiques sont à peu près tous à hospitaliser également. Les troubles en cause sont assez variés : hématurie, hydrocèle, épididymite, rétention, phimosis compliqué, etc...

Les problèmes gynécologiques et obstétricaux, étant donné qu'il existe une maternité recevant directement et indépendamment ces urgences, sont essentiellement des fausses couches hémorragiques et parfois hyperthermiques. Il y a cependant un petit nombre de femmes qui viennent là, mal dirigées ; il y a des infections locales ; il y a d'autre part, des troubles concernant l'évolution de certaines grossesses.

Les tentatives d'autolyses relevant de la chirurgie sont peu nombreuses ; les plus fréquentes sont les ténolyses qui nécessitent souvent une réparation chirurgicale au bloc opératoire et qui finalement, ne sont donc pas dénuées de danger ... pour la motricité de la main.

Les traumatismes divers sont nombreux et peu graves. Il s'agit d'hématomes, de plaies et de fractures en tous genres. Ce sont les traumatismes contractés à la maison, à l'école ou au sport. Les blessures très graves sont surtout les chutes des bricoleurs "équilibristes" et des enfants trop intrépides ; elles sont heureusement très rares.

Les transferts en milieu spécialisé ne sont pas fréquents : 26 transferts en neurochirurgie par exemple, pour une quinzaine de milliers de patients. Les retards inutiles, surtout pour les blessés graves neurologiques, semblent être un des principaux défauts à palier. Cependant, il faut reconnaître que de grands progrès ont été réalisés dans le domaine des transports de blessés graves au S.A.M.U.

Enfin divers chapitres ont mis en-évidence l'exposition des enfants aux dangers : les huit brûlés graves sont des enfants ; il y a 14 moins de vingt ans sur les 26 transférés en neurochirurgie et 9 moins de vingt ans sur les 19 accidentés de la voie publique transférés.

Si les urgences participent à l'image de marque de l'hôpital pour le public, elles sont aussi pour l'hôpital une fenêtre sur la cité ; la variété des problèmes évoqués dans cette étude en témoigne.

O

O O

O

« En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'Exercice de la Médecine.

« Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

« Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

« Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

« Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ! »